

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

638

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

A. CUKIER

Ancien interne de la Maison Interdépartementale de Santé, Clermont (Oise)
Né le 15 Août 1906, à Kowel (Pologne)

**Quelques considérations
sur la dernière épidémie de grippe
à la garnison de Bitche
ET, EN PARTICULIER,
ses complications neuro-psychiatriques**

Président : M. HENRI CLAUDE, *Professeur*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

A. CUKIER

Ancien interne de la Maison Interdépartementale de Santé, Clermont (Oise)
Né le 15 Août 1906, à Kowel (Pologne)

**Quelques considérations
sur la dernière épidémie de grippe
à la garnison de Bitche
ET, EN PARTICULIER,
ses complications neuro-psychiatriques**

Président : M. HENRI CLAUDE, *Professeur*

PARIS
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL

—
1935

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants	NORECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique otologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologiq.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . Patholog. chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SENEQUE Patholog. chirurgicale.
 TROISIER Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GLAVE Pathologie chirurgic.
 USQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULÉ
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT
 SÉZARY

Clinique médicale.

MM

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE
 GUENIOT
 LE LORIER
 LEVY-SOLAL
 METZGER

Clinique Obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Témoignage de notre profonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A M. LE DOCTEUR PIGNÈDE

Médecin-Chef de Service à la Maison Interdépartementale
de Santé de Clermont (Oise)

*Vous étiez mon guide bienveillant depuis
mes premières années de médecine.*

*Vous vous êtes dépensé non seulement pour
mon éducation médicale, mais pour mon
bien tout court.*

*Mon présent et mon avenir sont en grande
partie votre œuvre. Je vous dois beaucoup
sinon tout et je crains fort rester votre
éternel débiteur.*

*Il y a des dettes dont on ne s'acquitte ja-
mais.*

*Veillez trouver ici un humble témoignage
de ma reconnaissance et de ma respec-
tueuse affection.*

A M. LE DOCTEUR LE MAUX

Médecin-Chef de Service à la Maison Interdépartementale
de Santé de Clermont (Oise)

*Nous nous rappellerons toujours des belles
années passées dans son service, de ses
leçons lumineuses, de son esprit précis et
clair, de ses conseils précieux, de la bien-
veillance, j'ose dire de l'amitié qu'il nous
a toujours témoignée.*

*Nous sommes heureux de lui présenter ici
nos remerciements et nos sentiments de
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR MORAND
Médecin-Commandant
Médecin-Chef de la Place de Bitche

*A qui je dois le meilleur de cette thèse et
qui m'a accueilli dans son service avec
une grande bienveillance.*

A TOUS LES MÉDECINS
DE LA MAISON INTERDÉPARTEMENTALE
DE SANTÉ DE CLERMONT (Oise)

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Appelé lors de notre service militaire à prendre une part dans la lutte contre l'épidémie de grippe à la garnison de Bitche (Moselle), notre attention a été attirée par deux faits apparemment indépendants l'un de l'autre, mais qui ont donné une empreinte spéciale à cette dernière épidémie, à savoir :

1° La rareté des complications du côté de l'appareil respiratoire si souvent meurtrières dans la grippe.

2° Le pouvoir irritant de la grippe ayant donné lieu à des crises d'épilepsie essentielle typique.

Il nous semblait intéressant d'insister sur ces deux points.

En effet, si d'une part la littérature concernant les complications respiratoires de la grippe est très abondante, il ne serait pas inutile de citer les épidémies où ces complications grâce à un traitement approprié ont pu être évitées. Si d'autre part le pouvoir dépressif, épuisant de la grippe a fait l'objet de nombreuses communications, on ne trouve dans l'histoire de la grippe que des cas rares d'épilepsie grippale ou post-grippale.

Nos observations auront au moins le modeste rôle de contribuer à l'étude de l'épilepsie d'origine grippale.

Nous adopterons le plan suivant :

1° Un court historique de la grippe nerveuse en général avec passage en revue de tout ce qui a été publié sur son pouvoir irritant.

2° Nous tracerons ensuite l'aspect de la dernière épidémie de grippe à Bitche, en indiquant les traitements appliqués, les mesures prophylactiques prises, en illustrant l'ensemble par un certain nombre d'observations relatant surtout les complications nerveuses.

3° Nous essayerons d'interpréter les faits observés et d'en tirer :

4° Les conclusions.

HISTORIQUE

La grippe est une affection très ancienne dont on reconnaît les traits dans les descriptions du moyen-âge. Bien qu'on lui ait donné des noms différents, sa symptomatologie a toujours permis de la reconnaître. Mais ce n'est qu'au XVI^e siècle qu'elle fit sa première apparition vraiment authentique. Elle évolue soit sous forme de pandémies remarquables par la rapidité de leur extension et faisant en peu de temps le tour du globe, soit sous formes d'épidémies plus circonstrites, couvrant la surface d'une contrée ou d'une localité.

Parmi les pandémies nous citerons celle de 1880 s'attaquant à toute l'Europe et envahissant ultérieurement l'Asie et l'Afrique ; celle de 1830, de 1836-1837, de 1889-1890, cette dernière ayant causé en France seulement 40.000 décès dus aux complications secondaires, et enfin la pandémie de 1918-1919 caractérisée par son évolution en plusieurs phases, remarquable par ses diffusions, ses récidives.

En ce qui concerne les épidémies circonscrites on peut dire qu'elles forment les traits-d'union entre les grandes épidémies, en entretenant la graine destinée à germer quand les conditions la favorisent.

Les pandémies s'attaquent généralement aux grandes agglomérations et suivent les voies de communication, mais elles font parfois, des sauts dans le temps et dans l'espace, ce qui explique les alternatives d'accalmies et de paroxysmes. Leur durée variable ne dépasse pas généralement 2 à 3 ans, mais elles laissent des séquelles (retours offensifs).

L'apparition et le développement des épidémies régionales est en relation étroite avec les déplacements humains. La grippe y atteint son apogée en deux à trois semaines, puis le déclin se dessine brusquement. Le tout dure cinq à six semaines. Les ravages causés par la grippe sont d'autant plus considérables que le brassage interhumain est intense et l'armée lui paye une large rançon.

Du 1^{er} mai 1918 au 30 avril 1919 on enregistre dans l'armée 408.180 cas dont 30.382 décès.

Que nous sommes loin de la conception de Broussais : « la grippe est une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients ». Sa gravité même est en grande partie cause d'innombrables travaux parus depuis longtemps sur la symptomatologie de ses diverses formes, leur traitement, leur pronostic et d'une façon générale tout ce qui a trait à cette affection.

Nous savons actuellement que la grippe est une maladie spécifique et autonome se caractérisant par une céphalée intense, une asthémie très marquée, des phénomènes de catarrhe des premiers voies respiratoires et pouvant revêtir une forme nerveuse,

une forme broncho-pulmonaire, une forme intestinale. Mais si on trouve des traces de la description des symptômes habituels de la grippe de très bonne heure (écrits hypocratiques) il n'en est pas de même de ses phénomènes nerveux qui n'ont été mis en lumière qu'en ces dernières années. Est-ce à dire qu'ils n'étaient pas connus auparavant ? non, sans doute l'absence d'une description antérieure précise ne prouve rien.

Hénisch qui donne une description détaillée de l'épidémie de grippe de 1580 en Saxe, attire le premier l'attention sur une série d'accidents inquiétants survenus au cours de cette grippe comme la prostration extrême, état saporeux et lipothymies. A la même époque à Rome, Senret a été frappé par la somnolence et l'assoupissement continuels des grippés. L'épidémie de 1691 fut d'après Ozanam accompagnée quelquefois de symptômes graves, tels que mouvements convulsifs, soporosité. Néanmoins la plupart des malades guérissent. Camérarius ne nous apprend-il pas dans sa description de la grippe ayant sévi en 1718, que cette affection a reçu le nom de maladie de sommeil à cause de la fréquence des états de sommeil prolongé et profond qui la caractérisaient.

Les symptômes cérébraux furent la note dominante de l'épidémie de 1729, notamment la somnolence et les lipothymies. Le fait fut observé par Becard à Boulogne, mais au bout de deux, trois ou quatre jours la maladie se caractérisait par des

sueurs et des épitaxis. Sehnune note les mêmes phénomènes à Vienne et Ludwig. Heckel observe en 1743 des lipothymies et des syncopes avec pouls petit et accéléré. En 1763 la maladie semblait affecter particulièrement le système nerveux, mais malgré des symptômes alarmants, elle était bénigne. Dans son tableau historique et raisonné des épidémies catarrhales vulgairement appelées grippe, Saillant signale un cas de collapsus cardiaque d'origine vraisemblablement nerveuse. Pétréquin attire l'attention sur les faits notés un peu partout et traduisant dès l'invasion une altération fonctionnelle des centres nerveux bien avant les désordres locaux. L'apoplexie, la syncope, les convulsions, l'ataxie sont parfois la première expression d'une grippe. Gindrac de Bordeaux observe des phénomènes pseudo-méningitiques dès le début de la grippe.

L'épidémie de 1889-90 se distinguait par son caractère absolument nerveux et l'abondance des cas anormaux qui déconcertèrent l'érudition de plusieurs cliniciens ; et l'aveu exprimé par la commission nommée par la société de médecins dans la gazette médicale de Nantes traduit bien le malaise causé par la diversité des phénomènes nerveux de la grippe dans les milieux scientifiques. « Nous ne connaissons guère il faut l'avouer ces céphalées violentes, cette prostration, tous ces accidents nerveux bizarres, cette évolution particulière, la longueur de la convalescence. Bref, pour le plus grand nombre de médecins de notre région il s'agissait d'un mal

distinct, non habituellement observé. De nombreux malades, en effet, ont présenté ces symptômes qu'en donnant à l'affection un aspect si étrange ont attiré l'attention et ont été bien étudiés ».

D'après le Docteur Reyton Blaviston l'influenza est une maladie du système nerveux avec troubles consécutifs dans les organes de la digestion et de la circulation.

L'affaiblissement, ce phénomène particulier faisant partie des prodrômes de la maladie et persistant après la disparition des principaux symptômes, c'est le reflet sur tout l'organisme de l'atteinte du système nerveux. Il est d'observation banale que la grippe exerce une influence marquée sur la force nerveuse. Même quand l'atteinte a été peu grave, on ressent pendant quelque temps des phénomènes d'abattement, d'indifférence, d'inaptitude aux travaux physiques et intellectuels.

Il résulte des travaux récents que la gamme des complications nerveuses de la grippe peut aller d'une simple céphalée à une paraplégie complète. On sait depuis longtemps que la grippe peut engendrer toutes sortes de troubles. Ces troubles surviennent surtout au cours de la convalescence et dès maintenant il faut dire que parmi ces complications mentales la mélancolie domine en fréquence.

D'après Ladame, l'insomnie dans la convalescence est le premier signe du trouble mental. Les psychoses dues à la grippe peuvent se présenter à deux moments différents et sous deux aspects.

1° Durant le stade fébrile, elles revêtent alors la forme d'un délire aigu.

2° Durant le stade post-fébrile, il s'agit d'une psychose asthénique.

La neurasthénie post-grippale est presque un fait d'observation banale. Il n'est pas rare non plus de voir naître des phénomènes hystériques post-grippaux. Van-Deventer rapporte trois cas, dans l'un il s'agissait d'un enfant de quatre ans chez lequel on a observé l'arc-de-cercle et des mouvements choréïques.

Quant à l'épilepsie il semble nous disent la plupart des auteurs que la grippe se borne à réveiller des accidents déjà oubliés.

Ainsi dans un cas cité par Kroepelin la grippe a fait reparaître des crises disparues depuis 9 mois.

Depuis trois ans, dans un cas cité par Manioff.

J. Espagnol dans sa thèse « Rapport de la grippe et du système nerveux », cite le cas d'une femme de 22 ans non héréditaire, mais originale chez laquelle la première attaque d'épilepsie apparut avec l'influenza.

Gabriel Ulliel rapporte l'observation d'une femme de 41 ans ayant présenté des crises d'épilepsie Jacksonnienne.

Chez ce même auteur on trouve une observation d'une petite fille chez laquelle les crises convulsives ont amené une issue fatale.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que les phénomènes nerveux sont d'autant plus graves que le terrain est prédisposé par des fatigues antérieures, une alimentation insuffisante et surtout des tares héréditaires.

ASPECT DE LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

A BITCHE

Si la grippe ne s'est pas montrée meurtrière, (nous n'avons enregistré aucun décès), elle n'en était pas moins grave. Il est impossible de dire si son foyer initial a pris naissance dans le milieu civil ou militaire.

La ville étant petite, les officiers et la plupart des sous-officiers avec leurs familles habitent la ville, on peut considérer qu'au début au moins, il n'y avait qu'un seul milieu. La statistique militaire commence vers le 15 janvier, mais déjà peu avant on note un accroissement considérable des affections saisonnières, précédant si souvent l'éclosion de la grippe. Mais bientôt, la contagion interhumaine s'effectuant aisément dans ce milieu dense qu'est le milieu militaire, c'est en masse que les soldats et autres militaires se présentent à la visite matinale ; ou demandent à être examinés dans leur chambres étant dans l'impossibilité de venir à la visite. Comme toujours l'affection fait rapidement tache-d'huile.

Pour mieux illustrer la rapidité de l'extension de la grippe, sa soudaine apparition, la multiplication de l'atteinte ; laissons la parole aux chiffres :

Pour un effectif d'une garnison de 2.600 hommes on compte 2.100 touseurs présents à la visite journalière. Or, en temps de grippe, la grippe étant contagieuse dans la période d'incubation qui est très brève, la formule « le touseur c'est l'ennemi » exprime nettement le danger des formes frustes.

Or, sur ces 2.100 touseurs, 421 (les formes les plus graves) ont été hospitalisés à l'hôpital Rocca. 350 ont été admis dans des chambres d'isolement, les autres (formes frustes) ont été soignés dans leurs chambres.

Puisque nous sommes au langage des chiffres disons qu'au bout de six semaines tout était fini.

D'une façon générale on pouvait distinguer deux sortes de formes grippales.

1° La forme classique à début brusque avec élévation brusque de la température (39°-40°) céphalée et courbature intense généralisée, langue blanche, toux sèche et sibilances pulmonaires, tous ces signes disparaissant ou s'atténuant après deux à trois jours.

2° Les formes frustes avec faible température, facies rouge, larmolements des yeux, et courbature rachidienne. Nous dirigions ces malades dans des chambres d'isolement, mais certains d'entre eux devaient être hospitalisés ultérieurement.

La lutte s'inspirait de données récemment acquises sur la prophylaxie de la grippe à savoir. La

grippe est douée d'un pouvoir de contagiosité considérable. La contagion s'effectue par le contact interhumain. Un contact de quelques instants suffit, (toux, éternuement, parole même chuchotée). Le maximum de contagiosité est à la période d'invasion et à la période d'état ; elle est favorisée par l'encombrement et la surpopulation et sa diffusion est facilitée par le nombre considérable de formes frustes et par la faible durée d'incubation qui va de quelques heures à 24-48 heures. La gravité de la grippe augmente du fait que les microbes associés du virus grippal, dits « microbes de sortie » (streptocoque, pneumocoque, bacille de Pfeiffer) issus d'une grippe légitime pouvant se développer et s'épidémiser pour leur propre compte : Le virus semble siéger dans les sécrétions du rhino pharynx et des voies respiratoires supérieures. Il est très diffusible mais aussi très labile, et ne semble survivre que quelques heures dans le milieu extérieur.

Mais un point essentiel à ne pas oublier notamment, le foyer infectieux à l'origine de toute contagion c'est le grippé, d'où nécessité d'isoler le malade, de stériliser le germe virulent, dépister les formes frustes et stimuler l'organisme.

L'isolement s'effectuait de deux façons différentes :

1° L'isolement du milieu militaire du milieu civil par la suppression des permissions et la consignation à la caserne.

2° L'isolement du malade, soit à l'hôpital (les formes les plus graves), soit dans des chambres d'isolement où le traitement était le même qu'à l'hôpital, soit dans la chambre du malade.

A l'hôpital, dans la mesure du possible, on séparait les formes bénignes des formes compliquées.

Le personnel infirmier et médical était pourvu du masque protecteur.

Disons dès maintenant que si, d'une part, on ne peut pas nier l'efficacité de ces mesures prophylactiques, il faut avouer, d'autre part, que très souvent l'isolement était plus que précaire et c'est avec raison que le général Gousien disait : « Il faudrait la muraille de Chine pour arrêter sur terre la propagation d'une maladie à ce point contagieuse, qui se joue des obstacles qu'on tente à lui opposer. » Il était donc sage, tout en essayant d'enrayer la propagation de la grippe par l'isolement, de s'attaquer au grippé lui-même pour stériliser la graine virulente, avec autant plus de chance de succès, que le traitement serait plus précoce.

Or, c'est le cavum le siège initial du virus, c'est également dans ce carrefour que l'on retrouve la plupart de ses associés, les microbes dits de sortie qui n'attendent que les conditions favorables pour s'attaquer à l'organisme. Rappelons-nous que la grippe n'est meurtrière que par ses complications secondaires, dues le plus souvent à la virulence des associés du virus grippal. Les instillations nasale

d'huile antiseptique sont d'une aide incontestable, mais elles ne suffisent pas. Le danger est au cavum, dans les innombrables cryptes de la muqueuse, et c'est avec raison que M. le Professeur Worms disait : « Désinfecter le cavum, c'est débayer d'un seul coup presque toute la pathologie contagieuse, c'est réduire la morbidité et la mortalité dans la collectivité. »

Cette désinfection a été appliquée d'une façon systématique bi-quotidienne par un médecin, à l'aide d'un pulvérisateur (préconisé par M. le Professeur Worms) dont la canule grâce à une courbure appropriée passait aisément derrière la luette.

Comme solution, le médecin commandant Morand se servait de la formule suivante :

Bleu de méthylène	3 gr.
Acide lactique	0 gr. 50
Sirop simple	15 gr.
Eau q.s. pour	100 gr.

Le liquide réagissait de deux façons différentes dont l'action se complétait mutuellement.

1° Dépôt de gouttelettes pulvérisées sur la surface de la muqueuse.

2° La toux et l'éternuement provoqués par voie réflexe avaient pour résultat de détacher le mucus adhérent à la muqueuse, d'en provoquer l'expulsion sous forme de crachats.

Pour finir avec l'énumération des mesures pri-

ses, ajoutons que le dépistage des formes frustes était facilité par l'aide apportée aux médecins par tous ceux qui venaient au contact des hommes et signalaient les touseurs. Dans sa conférence faite aux Directeurs du Service de Santé sur la grippe, le Médecin Inspecteur H. Vincent a longuement insisté sur ce fait de dépistage. « En temps d'épidémies, il ne doit rester dans les rangs aucun homme qui tousse, aucun homme qui ait de la fièvre, ni une simple courbature. »

La désinfection rhino-pharyngée a été rendue obligatoire deux fois par jour sous forme de gargarismes avec une solution antiseptique pour tous les hommes et sous-officiers non malades.

Comme stimulants on se servait de la potion à l'acétate d'ammoniaque et de la potion de Todd.

Comme résultats : pas de décès à déplorer.

Pas de pleurésie purulente, ni otite, ni sinusite, ni mastoïdite.

Les deux cas broncho-pulmonaires enregistrés provenant des régiments étrangers, à la Place de Bitche n'ont été hospitalisés que tardivement.

Ils ont d'ailleurs bien guéri.

Le bilan des complications respiratoires s'est donc montré d'une bénignité presque absolue.

Un autre fait à signaler, notamment l'absence totale de rougeole et les cas très rares et très bénins d'oreillons. Or, dans les agglomérations militaires, la rougeole, et les oreillons viennent souvent se greffer sur l'épidémie de grippe, en ajoutant leur action

nocive à celle du virus grippal et font lever le taux de la morbidité et de la mortalité.

Rareté des complications respiratoires, absence presque totale des maladies infectieuses à porte d'entrée rhino-pharyngée. Voici le premier aspect de la dernière épidémie de grippe à Bitche. Mais si l'appareil respiratoire est resté presque indemne, les complications du côté des autres appareils, et particulièrement du côté du système nerveux central périphérique et vaso-moteur ont atteint un nombre proportionnellement élevé. Notamment, 9 cas de grippe intestinale, dont certains avec entérorragies abondantes, 2 cas d'hématurie, 2 cas de névralgie intercostale, 2 cas de zona intercostaux, 2 cas de mélancolie aiguë avec tentative de suicide, plusieurs cas d'insomnies rebelle post-grippale, un cas d'anxiété paroxystique, un cas de somnambulisme exagéré à l'extrême par la grippe, cinq cas de grippe avec crises épileptiformes. Les observations qui suivent auront pour but d'illustrer à côté de l'action déprimante de la grippe, son pouvoir irritant donnant lieu à des crises convulsives.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (Grippe avec crise épileptique)

Vic... Maurice, 15^e Compagnie, arrive au corps le 17 avril 1934.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, 2 frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucun antécédent pathologique, n'a jamais eu de crises nerveuses.

A la visite d'incorporation :

Examen des urines. — Sucre, néant ; albumine, néant.

Radioscopie du poumon. — Image normale.

Taille 1 m. 63. Poids 60 kilos.

Quelques séjours de courte durée à l'hôpital Rocca, pour embarras gastrique et panaris.

Le 27 janvier, il rentre à l'hôpital avec diagnostic de grippe simple, température 38°5 avec quelques signes de trachéite.

Le 30 janvier, en se rendant aux latrines, présente brusquement une crise épileptiforme : Chute brutale sur la nuque, perte de connaissance suivie de convulsions toniques, ensuite cloniques (le malade se débat, ronfle, bave, tourne les yeux). Transporté par ses camarades sur son lit, il reste dans une sorte de torpeur 25 minutes environ. Le médecin auxiliaire de garde appelé constate les convulsions et un petit filet de sang s'échappant de la bouche.

Le malade sort peu à peu de sa torpeur, regarde ses camarades, avec étonnement. L'amnésie est complète.

Le lendemain, on constate une raideur de la nuque très douloureuse, sans signe de Kernig, apyrexie complète, un pouls à 60, pas de vomissements.

Tension artérielle : max. 12, min. 7.

La ponction lombaire donne issue à un liquide franchement hémorragique.

Le laboratoire envoie la réponse suivante :

Liquide très sanglant avec rares leucocytes.

Pas de germe à l'examen direct.

Albumine : 0 gr. 40.

Glucose : taux inférieur à la normale.

Pas de germe à la culture.

Bordet-Wassermann négatif.

Le 1^{er} janvier, le malade est évacué sur l'hôpital militaire Gaujot, d'où il revient le 15-3-35 avec le diagnostic de sortie suivant : hémorragie méningée consécutive à une petite fracture de la table externe de l'occipital au niveau du sommet de la suture lomboïde par suite de chute sur la région occipitale.

Le malade guérit complètement par six ponctions lombaires.

Les crises épileptiformes ne se sont pas reproduites.

A la sortie de l'hôpital, aucun trouble neurologique à constater.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Conclusion. — La crise convulsive ne peut être mise que sur le compte de l'infection grippale. L'hémorragie méningée consécutive à la chute sur la nuque au cours de la crise et à la fracture du crâne qui s'en suivit, étant secondaire, ne peut évidemment pas être incriminée.

OBSERVATION N° 2 (Epilepsie post-grippale)

Mme J..., parente d'un sous-officier, habitant depuis un certain temps chez ce dernier à Bitche, âgée de 31 ans, sans profession, mariée (mari bien portant).

Antécédents héréditaires. — Père, mère, sœur, frère bien portants.

Le frère présente, depuis l'âge de 19 ans, des crises nerveuses (tombe, se débat, perd connaissance). Ces crises sont très rares. Il a fait son service militaire.

Antécédents personnels. — Oreillons, rougeole dans l'enfance, grippe espagnole pendant la guerre.

4 fausses couches (généralement entre 6 semaines à 2 mois).

4 enfants bien portants. Mari bien portant.

Les accouchements se sont bien passés.

Bordet-Wassermann du sang toujours négatif (la malade a refusé la ponction lombaire).

N'a jamais suivi de traitement "spécifique".

Il y a 9 ans, à la suite d'une contrariété, a présenté une crise d'excitation (« Je me cognais contre les murs ») d'une durée de 20 minutes environ, s'étant reproduite trois fois dans la même journée. Jamais d'autres crises nerveuses. Jamais de fugues.

Sait lire, écrire et compter.

Nie l'encéphalite, la syphilis et l'alcoolisme.

Il y a 2 mois : elle soigne son neveu chez lequel on a diagnostiqué un état grippal. Presque aussitôt, son enfant tombe malade à son tour, et le médecin qui le soigne pose le diagnostic de broncho-pneumonie grippale.. Bientôt c'est le tour au 2^e neveu, enfant âgé de trois ans, chez lequel le même diagnostic de broncho-pneumonie grippale est posé. L'enfant présente 4 crises convulsives (se débat, tourne les yeux, écume). Il guérit, mais conserve son tic (à chaque instant il tourne la tête vers l'épaule droite qui s'élève à sa rencontre).

Mais voilà Mme J... elle-même, en soignant les petits malades, qui commence à se plaindre. Elle est rouge, fiévreuse, a mal à la tête, ses yeux pleurent, et se plaint de courbature. Malgré l'insistance de son entourage elle continue à donner des soins à ses petits malades.

Le 1^{er} février, à 1 heure du matin, assise au chevet du lit de son petit neveu, elle ressent un malaise et tombe comme une masse sur le plancher.

D'après ceux qui ont assisté, elle a perdu complètement connaissance, s'est débattue et, en revenant à elle, ne s'est rappelée de rien.

A 6 heures du matin (même jour), deuxième crise.

Depuis ce jour : 3 à 4 crises par jour (jour et nuit) tout le mois de février ; 3 à 4 crises par jour (jour et nuit) tout le mois demars.

Caractères de ces crises :

La malade se sent envahie par le sommeil et tombe n'importe où. Elle serre les poings, se raidit, se débat, grince les dents, tourne les yeux.

N'écume pas, n'urine pas, ne se mord pas la langue, ne

se rappelle de rien, en revenant à elle. Durée : 10 minutes environ.

Pas de troubles de caractères, pas de fugues, pas d'absences.

Examen général : Pouls régulier, 76 à la minute.

Tension artérielle normale.

Bruits du cœur normaux.

Poumons : rien à signaler.

Rien du côté du tube digestif.

Urines^e : ni albumine, ni sucre.

Calcul dans le rein gauche (confirmé par la radioscopie).

Léger goitre, tremblement des doigts.

Léger nystagmus à la fixation latérale.

Rotuliens légèrement vifs.

Pupilles égales et réagissent bien à la lumière.

La langue ne tremble pas.

Mise au gardénal et au bromure depuis huit jours.

Arrêt absolu des crises.

OBSERVATION N° 3 (Grippe et épilepsie)

Anz... Emile, opérateur de cinéma (jeune soldat).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion pulmonaire. Mère, frère, bonne santé.

Antécédents personnels. — Diphtérie, appendicectomie en 1929. A l'âge de 16 ans, à la suite d'une injection de sérum antitétanique, fait une réaction sérique grave (paraplégie incomplète passagère), rhumatisme articulaire aigu en 1933.

Le 27 novembre 1934, il est vacciné contre la typhoïde. A la suite de cette vaccination présente trois crises convulsives 2 jours, 8 jours et 12 jours après (tombe d'un seul bloc, se raidit, se débat, tourne les yeux, manque de respiration, écume avec amnésie et fatigue consécutive). Ne sent pas venir sa crise.

Du 24 au 27 janvier, grippe.

Le 27 janvier, crise convulsive (saignait de la bouche après la crise). Evacué sur Sédillot à Nancy pour examen complémentaire.

Diagnostic de sortie : Crises neuropathiques post-grip-pales.

Enquête de la gendarmerie nationale :

N'a jamais eu de crises épileptiques, ni nerveuses.

Réflexes normaux.

Pupilles réagissent.

Bordet-Wassermann jamais recherché.

OBSERVATION N° 4 (Grippe et épilepsie)

Malade observée et traitée par le Médecin-Commandant Morand, en 1924, à Coblenze.

Mlle H... (fille d'un commandant), âgée de huit ans, présente une congestion pulmonaire faisant suite à une grippe, avec fièvre élevée, 39° à 40° pendant six jours.

Traitée suivant le traitement habituel, elle guérit, mais 15 jours après, elle présente des crises d'épilepsie essentielle, à la cadence d'une crise par mois.

Vue pour la dernière fois en 1930, elle en présentait encore.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

OBSERVATION N° 5

(Cas rapporté par le médecin auxiliaire Carrère)

Rau... Placide (jeune soldat). Pas d'épilepsie ni autres crises nerveuses dans la vie civile.

Rentre à l'Hôpital mixte de Vannes pour grippe.

Présente successivement les complications suivantes :

Otite double.

Crises comitiales typiques.

Une congestion pulmonaire finale.

OBSERVATION N° 6 (Grippe et épilepsie)

Bid... René, (jeune soldat comptable).

Antécédents héréditaires. — Père mort jeune, mère, frère, bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine, broncho-pneumonie.

Opéré d'une hernie de la ligne blanche en 1929.

Examen d'urines à l'incorporation.

Albumine — néant.

Sucre — néant.

Radioscopie pulmonaire : image normale.

Pas de crises nerveuses dans la vie civile. Le 27 décembre il revient de permission. Se plaint d'un rhume, mais ne se décide pas d'aller à la visite.

Le 29 décembre : ressent une douleur au niveau du creux épigastrique, tombe de son lit, se débat.

Ne se rappelle de rien en se réveillant à l'hôpital. A l'examen on ne trouve qu'une très légère azotémie, sans signe de néphrite.

Il quitte aussitôt l'hôpital.

Le 16 janvier rentre de nouveau à l'hôpital Rocca avec diagnostic de grippe simple.

Quelques jours après, nouvelles crises convulsives qui nécessitent son admission à Sédillot pour examen d'aptitude au service.

OBSERVATION N° 7

Nous compléterons ces quelques observations d'épilepsie grippale par des cas d'épilepsie Jacksonnienne dont nous empruntons la description aux auteurs correspondants.

Epilepsie Jacksonnienne (Erlenmeyer). Jeune docteur pris d'influenza le 5 janvier douleurs frontales céphalique et dorsale. Plus tard insomnie, sensation de fatigue.

1^{er} février courte attaque convulsive strictement localisée au membre supérieur gauche, perte de connaissance.

8 Février nouvelle attaque mais avec conservation de la connaissance.

Eriemeyer considère la maladie comme une nécrose vasculaire cérébrale. Il attribue le phénomène clinique à une hémorragie capillaire du volume d'une lentille dans le centre cortical du bras gauche et cela parce qu'en même temps le malade eut des hémorragies analogues sur la langue et sur la conjonctive.

OBSERVATION N° 8

Epilepsie sensitive.

Policier, 34 ans, sans hérédité.

Influenza avec sensation de crampe dans le pied droit. Cette douleur disparaît, mais il persiste des attaques pendant deux ans.

Pendant les attaques il se plaint de son pied, (le tortille, mais le pied n'est pas rigide et ne présente pas de mouvements convulsifs), perte de connaissance, à la fin période douloureuse. Le bromure guérit ces attaques.

OBSERVATION N° 9

(Grippe épilepsie Jacksonnienne)

Adulte 41 ans.

Grippe 12 décembre 1889, se repose.

Le 14 décembre, température 39°5. Contraction fibrillaire sur les muscles des membres abdominaux.

Rachialgie lombaire interne.

Pas de maladies graves antérieures.

Urine normale.

Le 15 décembre la température s'abaisse mais la trépidation des membres inférieurs persiste.

Le 16 décembre, température 37°, l'épilepsie Jacksonnienne disparaît.

OBSERVATION N° 10

(Mélancolie avec tentative de suicide)

Soldat Vil... Louis.

Rien à signaler dans les antécédents personnels ni héréditaires, jamais de crises nerveuses.

Au début de février, il assiste à un film montrant les horreurs de la guerre, on lui apprend que cinq de ses camarades sont morts à peu près simultanément de la grippe (nouvelle totalement fausse).

Plusieurs de ses camarades de chambrée sont hospitalisés pour grippe. Lui-même tousse depuis quelque temps, se plaint de courbature, et céphalée mais refuse d'aller à la visite. Le 19 février en rentrant de l'exercice se plaint plus qu'habituellement de maux de tête, puis brusquement se met à tenir des propos incohérents, parlant de sa vie privée, de la nécessité de disparaître : Puis sous les yeux étonnés de ses camarades il déboutonne sa vareuse et son pantalon et saisissant sa baïonnette il tente de se l'enfoncer dans le ventre. Aussitôt désarmé, V. fut conduit à l'infirmerie hôpital. Il n'a pas eu le temps de se blesser.

V. a été évacué d'urgence sur le centre de neuro-psychiatrie à Nancy.

OBSERVATION N° 11

(Mélancolie aiguë chez un taré héréditaire)

André Eugène, cultivateur, fils unique, jeune soldat.

Antécédents personnels. — Grand-mère s'est suicidée par pendaison.

Arrive au régiment le 17 octobre 1934, s'ennuie un peu à son arrivée, mais fait de son mieux pour s'habituer à la vie du soldat.

Mais voilà que l'épidémie de grippe commence, les trois-quarts de ses camarades de chambre sont hospitalisés, lui-même tousse et est exempt de service, couché dans sa chambre

où il tente le soir de mettre fin à ses jours par la défenestration.

Evacué à l'Hôpital de Bitche il se plaint de céphalée et rachialgie rebelle, température 38°2.

Réflexes rotuliens normaux.

Pupilles réagissent.

Léger tremblement des mains.

Il est évacué sur le centre de neuro-psychiatrie à Nancy.

OBSERVATION N° 12 (Crise d'anxiété)

Soldat J. Louis.

Emotif constitutionnel, hyperréfléchivité tendineuse.

Tendance à onanisme.

Fait une grippe légère, hospitalisé durant huit jours.

Dans la nuit de son retour à la chambrée, se réveille, une crise d'anxiété, nécessitant son transport d'urgence à l'hôpital Rocca.

L'examen médical ne réveille rien d'anormal.

La crise se calme par le simple repos.

En ce qui concerne nos observations personnelles disons que l'examen des urines, la radioscopie pulmonaire ont été pratiqués d'une façon systématique. Il en était de même de la tension artérielle. Les antécédents spécifiques étaient recherchés avec minutie et chaque fois que le malade consentait, un examen du sang et du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué.

ESSAI D'INTERPRÉTER LES FAITS OBSERVÉS

Il existe une foule de travaux sur la nature de la grippe mais il faut bien avouer que jusqu'à présent rien de précis n'a été publié et nous sommes toujours dans le domaine d'hypothèses. S'il est facile de fournir la preuve de la contagiosité de la grippe en se basant :

1° Sur sa marche extensive presque toujours parallèle au déplacement humain.

2° Sur l'apparition et le développement de la grippe dans les groupements jusque là indemnes, après l'arrivée d'un sujet atteint de grippe.

3° sur la préservation de certains établissements fermés (navires en pleine mer).

On est loin d'être d'accord sur la nature de l'agent causal.

Le virus de Nicolle et de Lebaillv n'est pas considéré par tout le monde comme l'agent spécifique de la grippe.

Récemment encore certains auteurs ont soutenu la thèse selon laquelle il ne convient pas de considérer la grippe comme une maladie grave par elle-même et redoutable en raison de son genre épidé-

mique. Certains auteurs s'élèvent contre une conception métaphysique d'une maladie, ou l'observation anatomo-clinique montre que l'évolution est toute entière réglée par les facteurs secondaires dont dépendent l'apparition et l'extension des complications. Ils tendent même à substituer à l'hypothèse classique et couramment admise de l'existence d'un virus spécifique dont aucune recherche n'a permis jusqu'ici de préciser l'existence et la nature, celle d'un état de déséquilibre humoral voisin des chocs anaphylactiques et dépendant probablement d'influences météorologiques grâce auquel s'installeraient les lésions catarrhales et suppuratives.

Nous voyons donc que, devant l'incertitude toute hypothèse aussi hardie qu'elle nous paraisse à premier aspect n'est pas à rejeter d'emblée. En ce qui nous concerne nous croyons que la grippe est une maladie toxi-infectieuse avec action élective sur le système nerveux central périphérique et vasomoteur. Il nous paraît presque légitime de comparer la grippe à la diphtérie. En effet, comme cette dernière la grippe apparaît être au début une maladie locale strictement limitée aux voies respiratoires supérieures, avec action toxique sur l'ensemble de l'organisme, tout particulièrement sur le système nerveux.

N'est-ce pas des phénomènes nerveux ou vasomoteurs que la céphalée intense, la rachialgie, le faciès rouge.

Pourquoi ne pas supposer que la grippe intes-

tinale ne soit pas due à une hyperémie locale provoquée elle-même par une paralysie des vaso-moteurs par la toxine grippale. On expliquerait aisément la diarrhée et parfois les entérorragies. En effet ces deux symptômes ne seront que l'expression mais à des degrés d'intensité croissante du même phénomène, je veux dire la paralysie des vaso-moteurs. Cette paralysie en provoquant une vaso-dilatation d'intensité moyenne n'aura comme conséquence qu'une sécrétion intestinale abondante avec diarrhée. Ensuite à un degré plus élevé l'hyperémie intestinale se traduira par une entérorragie. On pourrait appliquer le même raisonnement aux hématuries constatées. Elles ne seraient l'effet que d'une congestion rénale intense due à la toxine du virus de la grippe. Mais il est fort probable que le pouvoir hémorragipare de la grippe est aussi à la base des phénomènes nerveux. La céphalée et la rachialgie et parfois même les paralysies trouveraient alors leur raison d'être dans l'hyperémie du tube céphalo-rachidien, soit de ses enveloppes. Le même raisonnement donnerait la clé du pouvoir déprimant et irritant de la grippe. L'hyperémie au niveau d'un centre moteur de l'encéphale expliquerait la naissance des crises d'épilepsie Jacksonnienne et d'épilepsie sensitive.

Une hyperémie généralisée par l'hypertension qu'elle amène, faciliterait l'éclosion d'une crise d'épilepsie essentielle. Mais la toxine grippale, en imposant au système nerveux à la période d'état une

hyperémie de durée variable, use de ses forces, potentielles, elle l'épuise. Voilà pourquoi la neurasthénie et la mélancolie sont surtout post grippales et ne font souvent leur éclosion qu'à la période de convalescence. Les psychoses grippales seraient également le résultat de l'imprégnation de cellules cérébrales par la toxine.

Le plus souvent les troubles circulatoires provoqués par la toxine grippale sont fugaces et mobiles ce qui explique la mobilité et la bénignité relatives au point de vue avenir des phénomènes nerveux et leur susceptibilité de guérison.

Mais deux facteurs et leur susceptibilité d'engendrer

Mais deux facteurs vont intervenir dont dépendra en grande partie le pronostic.

1° Les désordres provoqués par les troubles de la circulation dans un organe sont fonction de la durée et de l'intensité de ces derniers. Passagers en cas de troubles peu intenses et de courte durée ils peuvent avoir des conséquences fâcheuses dans le cas contraire. Ce qui est vrai pour n'importe quel organe, l'est d'autant plus vrai pour le système nerveux central dont on connaît la fragilité des cellules, leur sensibilité vis-à-vis des troubles de la circulation et l'impossibilité de leur régénération. Vaso dilatation intense par action paralysante de la toxine grippale, sur les vaso moteurs, congestion locale prolongée, formation d'un noyau soit d'infection, soit de sclérose une véritable cicatrice cérébrale, voilà les différentes étapes possibles menant

parfois vers la formation d'une épine irritative qui pourrait expliquer la naissance d'un mal comitial chez une personne jusque là indemne, un mal s'établissant d'une façon définitive.

2° Mais n'oublions pas le deuxième facteur, je veux dire le terrain. Il va sans dire que chez le prédisposé, le taré héréditaire, la toxine grippale en ne rencontrant qu'une faible résistance de la part de l'organisme aura plus de chance à exercer ses ravages.

On arrive ainsi à rendre unique le mode d'action de la grippe. Que ce soit sur le tube digestif, ou bien sur le rein, sur le cerveau ou sur les méninges, c'est toujours par le même mécanisme, notamment action toxique sur les vaso-moteurs que la grippe exerce son action. La grippe serait donc une maladie à pouvoir toxique avec action élective sur les vaso moteurs. Son rôle infectieux consisterait surtout à augmenter la virulence des hôtes habituels des voies respiratoires supérieures et leur permettre de s'épidémiser à leur propre compte.

Le traitement local empêcherait surtout l'éclosion des maladies dues aux microbes associés.

Porté directement dans le cavum sous forme de gouttelettes pulvérisées, le liquide antiseptique exerce son action thérapeutique sans autres lésions de la muqueuse permettant l'inoculation de cette dernière. Mais aussi efficace qu'il soit localement, ce traitement n'empêche la toxine-grippale de circuler dans l'organisme, ce qui explique l'aspect particu-

lier de la dernière épidémie de grippe à Bitche : notamment l'absence de pleurésies purulentes si fréquentes dans les gripes malignes, d'otite, de rougeole, la rareté de broncho-pneumonies et de congestions pulmonaires et d'oreillons. En un mot, la bénignité constatée du côté de l'appareil respiratoire et les complications relativement fréquentes du côté des autres appareils. Si le traitement local dans une diphtérie n'empêche pas la toxine diphtérique d'exercer son action néfaste, il en est de même de la grippe. S'il est indiscutable que le traitement local de la grippe a une très grande valeur préventive des complications respiratoires, il n'en est pas moins vrai que comme la diphtérie, il est nécessaire de rechercher le moyen de combattre l'action toxique de la grippe soit par la sérothérapie, soit par une vaccination préventive. Malheureusement jusqu'à présent ces deux problèmes n'ont pas été résolus.

En effet, la vaccination préventive a été surtout employée contre les associés du bacille de la grippe. la vaccination spécifique n'étant qu'en voie de recherches.

Réjouissons-nous au moins de ne pas avoir, grâce au traitement local, à déplorer des décès parmi nos soldats.

CONCLUSIONS

1° La désinfection systématique du cavum chez les grippés réduit au minimum les complications dues aux microbes associés dits « microbes de sortie » (complications broncho-pulmonaires, otites qui ont d'ailleurs parfaitement guéri). Elle empêche en grande partie l'éclosion de la rougeole et des oreillons, maladies venant très souvent compliquer l'épidémie de grippe.

2° Le pouvoir toxique de la grippe sur le système nerveux central périphérique et vaso-moteur (nous sommes d'avis que le pouvoir hémorragipare de la grippe est dû à son action sur les vaso-moteurs) a trouvé une large expression dans la dernière épidémie de grippe.

3° Parmi les complications nerveuses, nous attirons l'attention à côté de l'action dépressive, épuisante de la grippe sur son pouvoir irritant, donnant lieu à des crises d'épilepsie essentielle.

4° L'épilepsie d'origine grippale peut disparaître en même temps que la maladie qui l'a engendrée. Elle peut également s'installer d'une façon définitive.

5° Le traitement local est d'une valeur indiscutable, mais pour le compléter, c'est du côté de la vaccino et de la sérothérapie qu'il faudrait diriger les recherches.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*

H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOUIN. — Un cas de délire infectieux grippal. Encéphale. Paris 1905.
- BÉNITZ. — Convulsions de los niños en el curso de la gripe. Revue de médecine y cirugía pract. Madrid 1906.
- BERNARD (Eugène). — Contribution à l'étude des traitements de la grippe et particulièrement du vaccin grippal de l'Institut Pasteur. Alger. Thèse médicale, 1920.
- BIDON. — Etude clinique de l'action exercée par la grippe sur le système nerveux. Revue de Médecine, Paris 1890.
- BIET. — Contribution à l'étude des affections nerveuses consécutives à la grippe. Thèse de Paris, 1895.
- BRIONNE. — Forme nerveuse de la grippe et ses complications. Thèse de Paris, 1890.
- CANTANI. — Wirkunz des Influenzabacillen auf das Central nervensystem Zeitschr. für Hyg. und Infektionskrankheiten. Leipzig, 1896, XXIII.
- CAPITAN. — Encore les suites de la grippe. Système nerveux et cœur. Mde. mod. Paris 1900.
- CHRISTOFFEL. — Grippe und Epilepsie (Woch. für die ges. Neurol. u. Psychiat. 1927).
- CLARK (L.-P.). — Influenza and epileptiform attacks (J. Am. M. Ass. Chicago, 1919 .LXXIII, 1767).
- DE BILHAUT. — Grippe épilepsie consécutive. Bulletin médical 1890.
- DE BUCK. — Tremblement causé par l'influenza. Belgique médicale, Gand, Moarlem, 1896.
- DELPLACE. — Des sequelles nerveuses de la grippe. Revue générale, Lille. Thèse médicale, 1919-1920.
- DOPTER. — Données récemment acquises sur la prophylaxie et le traitement de la grippe.
- DURAND-VAUGARON. — Contribution à l'étude des gripes hémorragiques bénignes. Paris. Thèse médicale 1919-1920.
- ERBENMEYER. — Berlin Klin. Wach. N° 3. Epilepsie Jacksonnienne post-grippale.
- ESPAÑOL. — Contribution à l'étude des rapports de la grippe et du système nerveux. Thèse. Toulouse, 1895.

- GARCIA-LOPEZ. — Los convulsiva-grippal. *Revue de médecine cisurg. pract.* Madrid, 1906.
- GIRALD. — Traitement des formes graves de la grippe par le Novarsénobenzol. Paris, 1920.
- GORDON. — The reciprocal influence of influenza and epilepsy New-York, M. J. 1921, CXIII.
- GRANIER. — De l'hémorragie cérébrale grippale. *J. de M. et de Ch. pr.* Paris 1901.
- GROGNIEZ. — Encephalopathies grippales. *France Médicale*, Paris 1895.
- GUERIN. — Les gripes neurologiques. *R. G. de Cl. et de Th.*, Paris 1926.
- HABERT. — Les convulsions dans la grippe chez l'enfant. Paris 1905.
- HANNAN. — L'épilepsie post-grippale. *Médical Association*, LXXVII, 2 juillet 1921.
- JUSTICE. — Quelques formes nerveuses de la grippe. *Arch. Méd. Belges*. Bruxelles, 1895.
- LADAME. — *Annales médico-psychologiques* (Juille-Août 1890).
- MAILLARD. — Grippe et épilepsie. *Press. méd.* 17 année, 10 Février 1919.
- MAC. HIVAIN. — (S.W.) Coma and convulsions associated with influenza. *Ibid.* 1035. *Brit. M. J. Lond.* 1895.
- MARLY. — Cérébrospinaux grippaux. *Arch. Génér. Méd.*, Paris, 1898.
- MÉCHICHE. — La grippe chez le nourrisson. *Alger (The Med.* 1920.
- MICHELAU. — *Société de Médecine et de Chirurgie*. Paris, 19 mai 1927.
- MOREL LAVALLÉE. — Troubles vaso-moteurs consécutifs à la grippe (*Med. Orient.* Paris, 1898).
- OLIVIER et TEULIÈRE. — Note sur les rapports de la grippe et de l'épilepsie (*Gazette des hôpitaux*, 92^e année, 30-9 et 2-10. 1919-901).
- RIGAL. — Grippe à forme méningée. *Lyon Médical*, 1903.
- ROMARY. — Essais de traitement préventif de la grippe. *Arch. de Méd. et de Pharm. Mil.*, Janvier 1925.
- ROUSSY-CORNIL. — Hémiplegie droite avec aphasie totale et crises épileptiformes post-grippales (*Rev. Neurol.* Paris, 1919, XXVI, 587-590).
- SCHAUFFER. — La grippe maritime de Saint-Mandrier, 1918-1919 (*Thèse méd.*, Bordeaux, 1919-1920).

TINEL. — Encéphalites de la grippe (Pr. Méd. Française, Paris 1926).

ULLIEL. — La grippe et le système nerveux et, en particulier des complications cérébro-spinales dans la convalescence (Thèse de Lyon, 1890).

VILLARD. — Leçons sur la grippe. Thèse de Paris, 1893.

